Washington State Department of Social & Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR
EMPLOYER VERIFICATION

OFICINA LOCAL	FECHA
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE CASO

Por favor utilice tinta azul o negra y escriba claramente a máquina o en letra imprenta.

Sección 1: Para ser completada por el cliente/empleado.

Autorizo a mi empleador a revelarle información al Department of Social and Health Services.

FIRMA DEL EMPLEADO/PADRE/MADRE/SOLICITANTE	FECHA

Sección 2: Para ser completada por el empleador.

NOMBRE DEL EMPLEADO	NOMBRE DEL EMPLEADOR

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:

FECHA DE INICIO DE TRABAJO DEL EMPLEADO	FECHA DE TÉRMINO DEL EMPLEO	TARIFA DE PAGO O SALARIO POR HORA TARIFA DE PAGO POR TRABAJO AGRÍCOLA (EJEMPLO: $8/CUBO, $7/ÁRBOL, .25 CENTAVOS/LIBRA, ETC.)

Propinas ☐ No ☐ Sí; si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia y por qué monto? _____

Comisiones ☐ No ☐ Sí; si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia y por qué monto? _____

Bonificaciones ☐ No ☐ Sí; si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia y por qué monto? _____

Horas extra ☐ No ☐ Sí; si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? _____

Frecuencia de pago: ☐ Diariamente ☐ semanal ☐ quincenal ☐ dos veces al mes ☐ mensual

Horario de trabajo (incluya el horario exacto si es posible):

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

Horas promedio por semana:

FIRMA DEL EMPLEADOR/PROPIETARIO/JEFE DE PERSONAL

EMPLEADOR/PROPIETARIO/JEFE DE PERSONAL: NOMBRE EN LETRA IMPRENTA	EMPLEADOR/PROPIETARIO/JEFE DE PERSONAL: NÚMERO DE TELÉFONO